Accepted Manuscript

Title: Les enjeux d'une « consultation rémission»

Author: M. Derzelle

PII: S0003-4487(10)00240-4
DOI: doi:10.1016/j.amp.2010.07.003
Reference: AMEPSY 1210

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Please cite this article as: Derzelle M, Les enjeux d'une « consultation rémission», *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2010.07.003

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

ACCEPTED MANUSCRIPT

Communication

Les enjeux d'une « consultation rémission »

The stakes of remission support care

M. Derzelle

Institut Jean-Godinot, 1, avenue du Général Koenig, 51056 Reims Cedex, France

Auteur correspondant : Martine Derzelle, Psychologue/Psychanalyste, Institut Jean-Godinot, 1, avenue du Général Koenig, 51056 Reims Cedex, France
Tél : 03 26 50 43 72
Adresse email : martine.derzelle@reims.fnclcc.fr

Résumé

Que le temps du sujet ne soit pas superposable au temps médical, le temps de la rémission le dit sans doute suffisamment. Quels peuvent donc bien être les enjeux d'une « consultation rémission » telle qu'ouverte récemment au Centre de Lutte Contre le Cancer de Reims, organisée sur la base d'un binôme médecin généraliste travaillant en cancérologie/psychologue-psychanalyste ? De la rupture de l'illusion d'identité ouverte par le choc du diagnostic à la chute, au temps de la rémission, de l'identité substitutive de surface produite par « l'effet cadre » des traitements de longue durée, des points de repère se dessinent pour un renouvellement de la clinique en cancérologie : problématique identitaire, effet prothétique de la structure de soins, perte de l'étayage, élaboration du deuil du maternel… Car, nous savons à peu près ce que c'est qu'être malade ou non, mais que savons-nous de celui qui « a eu un cancer » ? L'extension des Soins de Support à la phase de rémission de la maladie s'impose sans doute…

Mots clés : Cancer ; Consultation rémission ; Deuil du maternel ; Perte de l'étayage ; Rémission

Abstract

The temporality of the subject cannot be superimposed to the medical one : remission time certainly tells it enough. What can be at stake in a remission support unit such as the one recently created at the Centre de Lutte Contre le Cancer in Reims, as it is organized on a pair-

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

team basis with a cancer care experienced general practitioner and a psychologist-psychoanalyst? From the moment when the illusion of identity is broken by the diagnosis shock to the time of remission when the substitutive surface identity produced by the "framing-effect" of long-terms treatments collapses, landmarks are emerging for a clinical renewal in cancer care: problematics of identity, prosthetic effect of the care institution, loss of dropping, maternal bereavement elaboration…For we approximately know what it is to be ill or not, but what do we know of the person who "has had a cancer"? The extension of Support Care to the phase of remission is probably necessary…

Keywords: Cancer; Loss of dropping; Maternal bereavement; Remission; Remission support unit

Que le temps du sujet ne soit pas superposable au temps médical, le temps de la rémission le dit sans doute suffisamment [2]. Si l'annonce de celle-ci est manifestement une « bonne nouvelle » au plan médical, annonce de la suspension thérapeutique et d'un défi contre la maladie relevé et temporairement gagné, la fin des traitements qui s'y associe et l'accompagne constitue en effet régulièrement pour les patients un stress tout à fait particulier. C'est le temps où ils se disent et se sentent déboussolés, abandonnés, perdant le sentiment de contrôle que procurait l'administration des traitements. Ils sont habités par un sentiment de grande vulnérabilité, de vide, quand bien même diminue la détresse émotionnelle et que s'installe une sorte de démobilisation psychique. Tout se passe comme si, perdant une figure maternelle toute-puissante, qui n'est jamais que l'autre nom de « l'effet cadre » des soins, ils étaient progressivement gagnés par un abandonnisme intolérable, une insécurité de base, liés à la perte d'un lien médical soutenu et qui fonctionnait comme un véritable « surmoi corporel » [9] organisant l'espace, le temps et les fonctions corporelles du sujet. Comme si le savoir généré par la maladie, qui est savoir qu'on est mortel, devenait envahissant et angoissant dès lors que l'alliance thérapeutique avec le corps médical et la structure se distendait. Comme si la perte du grand corps premier s'y trouvait ravivée à l'extrême, obligeant à perdre pied, à perdre tout point de repère, obligeant l'arrachement à l'autre devenu l'arrachement de soi à soi [5].

Si cette problématique ne fait que très rarement l'objet d'une véritable demande explicite auprès de l'oncologue et/ou du spécialiste d'organe, elle est en revanche fréquemment l'entrée en matière de demandes de travail psychothérapeutique [5,6] où,

Accepted Manuscript

ACCEPTED MANUSCRIPT

l'absence de ressenti positif étant principalement au rendez-vous, celle-ci vient questionner le sujet sur sa « normalité » : « Est-il bien normal de ne pas sauter de joie à l'idée d'être en rémission ? Pourquoi ce manque de résistance désormais et cette grande fatigue ? Pourquoi cette installation, en décalé, dans ce qui ressemble fort à une grande dépression ? » Fond quasi permanent, aux allures de non-dit, des préoccupations d'allure somatique que le généraliste reçoit en abondance [8], cette problématique donne également à voir une sorte de symptôme dont les séquelles diverses sont comme autant de formes : complications à long terme de la maladie et des traitements, inquiétude hypocondriaque s'agissant d'une période pourtant cliniquement muette, persistance de la fatigue et dysfonctionnement hormonal sont en effet autant d'autorisations à maintenir un lien soutenu avec le corps médical et soignant, au temps même où le positif retour à la vie quotidienne vient malencontreusement à se confondre avec la perte de la sécurité de l'hôpital. S'il est désormais banal de dire que le diagnostic de cancer tombe toujours de manière abrupte et surprend le sujet, force est donc de constater que l'annonce de la rémission, même si elle est ardemment souhaitée, n'est pas une évidence pour le patient : un temps semble nécessaire pour cheminer vers un statut qui ne semble pas encore bien défini et qui est surtout propre à chacun en fonction de son histoire et de l'histoire de sa maladie [1].

Le constat d'un besoin au plan de la clinique joint au grand étonnement que les pouvoirs publics mettent les projecteurs surtout sur les traitements et maintiennent dans l'ombre le temps qui leur succède ont présidé, à Reims, à l'idée d'un projet visant à l'ouverture d'une consultation entièrement dédiée au temps de la rémission. Si le plateau actuel dénommé Centre Sein, fusion privé/public d'un cabinet de radio-sénologie ayant rejoint le Centre de Lutte Contre le Cancer, est aujourd'hui le lieu d'accueil de cette structure, sans doute faut-il y voir une sorte de rodage d'un travail redoublé d'une interrogation qui devrait, à l'avenir, se faire transversalement : tous les établissements, voire tous les praticiens, devraient effectivement en voir l'intérêt, et au-delà du sein, c'est bien évidemment les localisations d'un cancer, quel qu'il soit, qui devraient rapidement être toutes convoquées. Témoin que le changement de statut de la maladie cancéreuse – hier affection bien souvent fatale devenue aujourd'hui affection chronique de longue durée associée aux peurs de la récidive – étend sans nul doute le champ d'intervention des professionnels de santé, cette consultation se voudrait aborder la question de la « rémission » dans sa globalité : organisée sur la base d'un binôme médecin généraliste travaillant en cancérologie/psychologue-psychanalyste, elle se différencie ainsi de la première du genre [7] initiée au CLCC de Nantes en 2006 par le Dr François Pein (consultation SALTO-H : Suivi à Long Terme des patients guéris en

ACCEPTED MANUSCRIPT

Oncologie-Hématologie), en se saisissant de l'objectif manifeste de celle-ci, essentiellement axé sur les séquelles, comme outil mis au service de l'élaboration de la « perte de l'étayage », problématique centrale du temps de la rémission. Car nous savons à peu près ce que c'est qu'être malade ou non, mais que savons-nous de celui qui « a eu un cancer » ?

Mais sortir à nouveau d'un monde parental, alors qu'il est adulte et se sent menacé par la perte d'un lien vécue comme un « lâchage » – car souvent décidée unilatéralement par le seul oncologue à la fin des traitements –, est sans doute le problème majeur pour le patient. Encore plus important que les séquelles multiples, organiques, psychiques, sociales, professionnelles, qui peuvent survenir à court ou à long terme, mais qui semblent dicibles lors des surveillances ou des consultations chez le généraliste [7,8], ce non-dit est le fond constant et parasite des demandes formulées de façon explicite. Comment désormais vivre « à découvert » ? Comment renoncer à vivre « sous couvert » ? Interrogations quai existentielles qui ravivent toujours le deuil du maternel [4], toujours en chemin, jamais vraiment fait, toujours à reprendre, jamais achevé. Rien d'étonnant vraiment à ce qu'en conséquence, cette problématique de la séparation inspire au premier chef la pensée d'un projet visant à l'ouverture d'une consultation entièrement dédiée au temps de la rémission. S'inspirant du corpus théorico-clinique qui éclaire la façon dont chez le nourrisson s'élabore le sevrage comme séparation [11], elle se veut un espace-objet transitionnel [10] permettant au patient d'élaborer la perte. Proposée comme possible dès la fin des traitements ou des années après la fin de ces derniers, ne se substituant pas au suivi régulier proposé aux patients au titre d'une surveillance [8] et qui a pour objet la détection précoce de toute évolution en forme de récidive, elle est une occasion aux allures de prétexte : prétexte, à l'occasion de symptômes séquellaires, quelle qu'en soit l'étendue, quel qu'en soit le domaine, d'une vérification que la structure de soins témoigne d'une existence toujours bien effective, puisque c'est à la discrétion du patient qu'est laissée la demande d'une rencontre selon ses besoins propres ; prétexte, à l'occasion de symptômes séquellaires, d'un changement de camp de la maîtrise du lien puisqu'en s'appropriant l'initiative du lien, le patient devient maître du « donner congé » ; prétexte, à l'occasion de symptômes séquellaires, d'une aide à se refaire comme sujet vivant par une prise en compte somatique et psychique en lieu du seul primat de l'organicité.

Ces trois enjeux majeurs qui sont indissociables – car la proposition de la consultation n'a rien d'une injonction ni d'une obligation, laisse venir la demande de qui se l'approprie, permet de renouer un lien à la structure –, concourent à travailler la « perte de l'étayage ». Extension des traitements et de leur « effet cadre », la consultation dit une continuité réelle et

ACCEPTED MANUSCRIPT

symbolique avec l'institution qui, vécue comme « lâchante », peut devenir « lâchée », lorsque le patient fait l'expérience étonnante de la sollicitude, de la fiabilité d'une figure maternelle qui l'invite à revivre, en reconnaissant même l'iatrogénicité. On aura reconnu évidemment ici le recours, pour faire face à la séparation, de son retournement possible en son contraire, par une identification à l'agresseur [10], une fois renoués tous les fils du désordre dans lequel le patient a plongé très longtemps avec son entourage, son histoire, son corps [3]. La faisabilité de ce retournement sera rendue possible, dans la consultation, par l'abandon total de toutes les fonctions transformant le médecin en « surmoi corporel » [9] : prescription de soins, définition d'un rythme et d'un calendrier viendront à disparaître au profit de conseils, de recommandations, voire d'orientations, qui seront mis en œuvre par le généraliste, un spécialiste d'organe, une personne-ressource. Toute l'organisation de la consultation visera à dénouer une figure parentale vécue comme toute-puissante :

• le premier temps clinique, en forme de rencontre, laissera tout l'espace à un temps narratif. L'expertise du binôme devra s'y effacer, oublier son savoir pour entrer dans l'espace où l'éprouvé de l'autre se révèle pleinement, sans interprétation, sans classification ;

• l'examen somatique aura ensuite sa place, avec la prise en compte des plaintes portées par le patient en même temps qu'attention à une globalité intégrant les constantes d'une « santé ordinaire » (poids, taille, tension) ;

• l'écriture d'une synthèse aux médecins habituels, faisant la part belle au bilan des séquelles en même temps qu'aux relais dans tous les domaines d'aide, validera que la rémission prend tout un temps, n'est pas superposable au temps de son annonce. Elle est un processus, une maturation.

Si l'annonce d'un cancer est indissociablement un double traumatisme, sidération inaugurale relative à l'effet engendré par la réception de l'information autant que mise en branle dans la durée d'une véritable mise à feu de l'histoire du patient, l'installation dans la rémission, sujet quasiment non abordé dans sa globalité en France [7], la réactive inévitablement. On peut donc comprendre pourquoi la phase de rémission n'est pas toujours vécue positivement par le malade. En effet, quitter le statut de malade pour accéder à un statut peu clairement défini n'est pas chose facile, d'autant que la perte de « l'effet cadre » des traitements de longue durée est bien à même de générer une formidable détresse émotionnelle, autre nom d'une véritable insécurité de base aux manifestations multiformes. Réaction tardive et en décalé à une autre crise jusque-là déniée, la fin des traitements au plan médical ne saurait donc être que fort rarement synchrone avec la sortie de la crise.

ACCEPTED MANUSCRIPT

Parce qu'elle reconfronte au deuil d'une instance qui prenait en charge l'espace et le temps, les fonctions du corps et ses modes d'emploi, elle dit le besoin de soins de support au-delà de la maladie et de ses traitements. Plus que le généraliste ou le spécialiste d'organe, relativement démuni par rapport aux « clés du problème » [7], plus que l'oncologue, débordé en des consultations surchargées de surveillance et/ou de suivi, une instance tierce paraît s'imposer, qui allie savoir et globalité à une totale disponibilité et qui soit mémoire de la structure. Le deuil du maternel en est l'enjeu central, si tant est qu'appliquant à la santé ce que Warren Buffet dit de l'économie, nous puissions soutenir que « C'est quand la mer se retire que l'on voit les gens qui nageaient tout nus ».

Références

[1] Bonnaud A. Psychopathologie de la rémission : La douleur : ce qu'il reste de mon cancer. Revue Francophone de Psycho-Oncologie 2007;1:155–61.

[2] Brun D. L'enfant donné pour mort. Paris: Dunod; 1989.

[3] Chicaud MB. La crise de la maladie grave. Paris: Dunod; 1998.

[4] Derzelle M. Croyances pour aujourd'hui dans le champ des soins. De Boeck. Cahiers de Psychologie clinique 2005;25, 2005/2.

[5] Derzelle M. Temps, identité, cancer. Cliniques Méditerranéennes 2003;68:233–43.

[6] Gauthier JM. Problèmes techniques et éthiques de l'intervention psychothérapique chez les patients atteints de maladie cancéreuse. Paris: E.D.K.; 2000.

[7] Pein F. Cancer en rémission ou guérison : mode d'emploi. Paris: John Libbey, Actes d'Eurocancer; 2007.

[8] Razavi D, Delvaux N. Psycho-Oncologie. Paris: Masson; 1994.

[9] Sami-Ali M. Le corps, l'espace et le temps. Paris: Dunod; 1990.

[10] Winnicott DW. Jeu et réalité. Paris: Gallimard; 1971.

[11] Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969.

Accepted Manuscript